

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                                                                                                   | Koshika<br>foundation<br>Building block of life.                                                                                                                        |                |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| APPLICATION No.: K/0119/2558<br>आवेदन संख्या :                                                                                        |                                                                                                   | APPLICATION DATE 23/01/19<br>आवेदन तिथि                                                                                                                                 |                |                                                 |
| NAME of APPLICANT: NILA MAJHI<br>आवेदक का नाम                                                                                         |                                                                                                   | AGE-YEARS मातृ-वर्ष<br>58                                                                                                                                               | SEX लिंग<br>F  |                                                 |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: UPANANDA MAJHI<br>पिता/सहोदर का नाम                                                                           |                                                                                                   |   |                |                                                 |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता                                                                                      |                                                                                                   |                                                                                                                                                                         |                |                                                 |
| 115 DUTTAPADA ROAD, BODHANAGAR, CC BLOCK<br>North 24 Parganas 750064, West Bengal.                                                    |                                                                                                   |                                                                                                                                                                         |                |                                                 |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता                                                                                   |                                                                                                   |                                                                                                                                                                         |                |                                                 |
| OCCUPATION : HOME MAKER<br>व्यवसाय                                                                                                    |                                                                                                   | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                                                                                |                |                                                 |
| TOTAL ANNUAL INCOME : NIL<br>कुल वार्षिक आय                                                                                           |                                                                                                   | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                                                                                                      |                |                                                 |
| PAN No. सवाई खाता संख्या                                                                                                              |                                                                                                   | Yes / No<br>हां / नहीं                                                                                                                                                  |                |                                                 |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगायें)     |                                                                                                   |                                                                                                                                                                         |                |                                                 |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                           |                                                                                                   |                                                                                                                                                                         |                |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                                 | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                                                                              | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
| 1.                                                                                                                                    | NILA MAJHI                                                                                        | 58                                                                                                                                                                      | F              | SELF                                            |
| 2.                                                                                                                                    | SHARMA MAJHI                                                                                      | 35                                                                                                                                                                      | F              | DAUGHTER                                        |
| 3.                                                                                                                                    | NEPAL MAJHI                                                                                       | 34                                                                                                                                                                      | M              | SON                                             |
| 4.                                                                                                                                    | MAJHI MAJHI                                                                                       | 28                                                                                                                                                                      | M              | SON                                             |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विधि आधार                                            |                                                                                                   |                                                                                                                                                                         |                |                                                 |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                            |                                                                                                   | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                       |                | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य    |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे करने विनोदी का उद्देश्य:                                                     |                                                                                                   |                                                                                                                                                                         |                |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न |                                                                                                                                                                         |                |                                                 |
| 1.                                                                                                                                    | DIAGNOSIS - CATARACT - LE                                                                         |                                                                                                                                                                         |                |                                                 |
| 2.                                                                                                                                    | SURGERY - LE (SICS + IOL)                                                                         |                                                                                                                                                                         |                |                                                 |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? |                                                                                                   |                                                                                                                                                                         |                |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                         | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>जो गई सहायता राशि                                                                                                                 |                |                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                   |                                                                                                                                                                         |                |                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                   |                                                                                                                                                                         |                |                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                   |                                                                                                                                                                         |                |                                                 |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में घोषित किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं प्रार्थना कर रहा हूँ, उस मदद का कोशिका फाउंडेशन किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/photocopy/produce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में जोड़ सकते हैं, जैसे "कोशिका" फाउंडेशन, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से मुझे जागरूक कर सकते हैं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के पत्रों या पत्र से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जाया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे नहीं मिलेंगे। सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउंडेशन उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदनक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
  - 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से सहायता न ले सकेंगे।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा लेनी/पावनी ले ली जा सकेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विषय उठा के सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी स्तर/प्रकार से न मिलेगी तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उठा उठा लेनी/पावनी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी/पावनी लेनी।
  2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तिय प्रकृति की है। हमें या हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या मदद लेनी/पावनी लेनी है वह केवल वित्तिय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीलिए हस्पताल में हमें जो सहायता प्राप्त होगी और हमें जो भी सहायता प्राप्त होगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या मदद नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए सिफारिश

|                                                            |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>23/04/19</p> | <p>Dr. Dhananjay Giri<br/>MBBS, MS<br/>Reg. No. - 80578<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p> | <p>Shib Sankar Bagchi<br/>Director<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                      |                                                      |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यासी हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यासी हस्ताक्षर 2</p> |
|                                                      |                                                      |